

par lequel on tend à prouver que la plupart des accouchemens laborieux proviennent de l'attachement lateral du placenta, de la deviation subsequnte de la matrice et de la situation oblique de l'enfant. envoyé à l'Académie Royale de Chirurgie par M. Pietsch, D. en. M. Démonstrateur d'anatomie à Olttrich, maintenant à Huningue le 20^{me} 1782

Quoique les causes des accouchemens laborieux soyent fort variées et en grand nombre, je pense qu'on pourroit commodement et avec précision les ranger en trois classes.

Je comprends dans la premiere classe celles qui tirent leur origine de la mauvaise conformation du bassin.

Dans la seconde classe je range celles qui dependent de quelque maladie, defect ou même naturellement des parties molles qui servent à la génération.

La troisieme classe renferme celles qui sont produites par l'insertion du placenta dans d'autres endroits de la matrice que dans son fonds.

Nous allons examiner ces causes les unes après les autres.

Lorsque les os qui forment le bassin sont trop rapprochés par leurs parties superieures, l'entrée du bassin devient étroite et la tête de l'enfant ne peut enfilee ce passage que par de grands efforts de la mere, de la vient que le commencement de l'accouchement est long et laborieux. Mais il se trouve presque toujours que lorsque la dite entrée est retrecie, que les tuberosités des ichtions sont exortées ce qui facilite la fin de l'accouchement.

Si au contraire les os du bassin font un vuide spacieux à l'entrée superieure, les tuberosités des ichtions sont ordinairement rapprochées, ce qui fait que le commencement de l'accouchement est assez facile et la fin fort dure.

Dans les femmes qui dans leur enfance ont été attaquées de Rachitis le bassin a souvent pris une conformation vicieuse, laquelle subsiste quoique tous les autres os de leur corps se soyent redressés.

Il arrive au contraire que des rachitiques restent contrefaites, et que cette mauvaise conformation de



ARC28

212

2079

leurs os n'influent en rien sur le bassin et que ces femmes accouchent fort heureusement.

Il en découle cette vérité que la situation oblique du bassin eu égard à la rectitude du trou ne cause aucunement un accouchement laborieux pourvu que d'ailleurs il soit bien conforme. Je connois des femmes dont le bassin est très oblique, meres de plusieurs enfans dont elles sont accouchées facilement.

Si l'entrée supérieure du bassin est plus étroite à une des extrémités de son grand diamètre l'orifice de la matrice par une suite de mécanisme se contourne du côté le plus spacieux, il est porté à cette action par la tête de l'enfant qui par l'effort des contractions uterines se tourne naturellement du côté où il y a le plus d'espace, mais comme cet espace n'est pas égal dans ses dimensions, le côté de la tête qui se trouve à l'endroit retreci est retenu, mais par les efforts reiterés de la matrice, la tête se moule et se tournant un peu obliquement du côté le plus spacieux surmonte par cette inclinaison les obstacles qui la retenoient et se fraye un chemin pour arriver au bassin inférieur, on sent par ce que je viens de dire qu'un tel accouchement doit être fort laborieux.

Mais s'il arrive que la tête de l'enfant enfle le passage d'une manière que l'écrit comme la partie la plus large se tourne du côté le plus spacieux de l'entrée supérieure du bassin et le front du côté reserré, comme il y a par la proportion des parties une pente naturelle à cette contournure, le commencement du travail est assez facile, mais l'enfant venant à être arrêté par les épaules appuyées aux os du bassin le progrès du travail devient fort dur et laborieux. C'est en cette occasion que l'accoucheur ou l'accoucheuse peut faire éclater sa sagacité, car en reconnoissant par cette situation oblique de la tête, la cause du retardement de la naissance de l'enfant, il peut par un coup de main adroit avancer l'ouvrage et lui conserver par son habileté des jours qu'il est en risque de ne point voir.

Il se peut présenter aussi des cas où la partie supérieure de l'os sacrum et la symphyse des pubis

Sont rapprochées au point que la tête de l'enfant ne pourroit jamais y passer, mais qu'il s'y trouve cette heureuse circonstance, que les Os sont assez échancrés pour former un espace suffisant à permettre le passage à la tête de l'enfant. Mais ce sont des cas où l'accoucheur peut facilement se tromper et sans un examen suffisant être induit dans l'erreur de croire le bassin ^{est} trop retreci en tous ses points, et d'employer mal à propos des crochets et autres ferremens pour l'extraction de l'enfant, tandis qu'un autre maître plus instruit et plus circonspécté auroit tourné la tête à une des extrémités du grand diamètre où elle trouve assez de place pour passer. Nous trouvons l'histoire d'un pareil fait dans le volume des six premiers mois du journal de médecine année 1770.

La partie supérieure de l'os Sacrum et les pubis peuvent aussi être rapprochées à une égale distance en tous leurs points et les espaces latéraux peuvent être plus grands l'un que l'autre; il en derive cette conséquence que l'accoucheur doit épier, sonder cette différence et chercher à conduire l'enfant par l'espace le plus ample: précaution que je recommande dans mes démonstrations aux Sages-femmes et qui est essentielle surtout dans les cas où il est nécessaire de retourner l'enfant, afin qu'une main habile opère du côté où elle trouve le plus de place.

Si les épines des ischions se portent trop en dedans elles retrecissent le passage en sorte que la tête de l'enfant ne sauroit y passer que par de grands efforts de la mère, cet obstacle rend d'autant plus l'accouchement laborieux si l'enfant se présente avec le visage tourné en dessus, car alors les os du crâne offrent une résistance et point d'appui bien plus solides que ne font les parties molles et souples du visage.

Le Coccyx en se contournant trop vers les tubérosités des Ischions peut aussi rendre l'accouchement laborieux en ce qu'il barre pour ainsi dire la sortie du bassin inférieur à la vérité cet obstacle est bientôt surmonté dans les jeunes personnes par la souplesse des cartilages et l'élasticité des ligamens qui joignent les os du coccyx et les tiennent en place, d'autant plutôt si la main renversée



4.
de la sage femme aide pendant le travail à pousser cet os en arriere. Mais dans les femmes qui à un certain age accouchent pour la premiere fois cet obstacle devient bien plus considerable par l'indurcissement des cartilages et la roideur des ligamens.

La conformation la plus vicieuse et la plus terrible pour la femme c'est lorsque le vuide du bassin est tellement retreci que la main de l'accoucheur n'y puisse entrer, ou qu'il ne puisse la retirer lorsqu'elle a saisi un des pieds de l'enfant, car c'est alors le vrai cas qui exige l'operation cesarienne, laquelle devient le plus souvent infructueuse, je puis même dire funeste par l'incision de la femme ou de la parente et l'irresolution du chirurgien.

Voilà les differentes conformations vicieuses du bassin qui peuvent rendre les accouchemens laborieux, je ne pretens pas les avoir rapporté toutes, il peut en avoir eü qu'on n'ait pas remarqué, et il peut s'en presenter qui n'ayent pas encore existé, etant connu en physique que la nature se joue souvent dans la formation de ses êtres.

Les causes des accouchemens laborieux qui dependent de quelque maladie ou defect des parties molles ne sont à peu près pas en si grand nombre, je les ai rangé dans la

II. Classe.

La vulve peut etre fermée par une membrane aussi forte qu'au terme de l'accouchement ne se pretant point elle empêche l'orifice de la matrice de s'étendre; je ne suppose pas cette membrane dans son integrité, mais avec une ouverture, condition sans laquelle la femme n'aurait pu concevoir, comme il y en a des exemples.

Une tumeur considerable dans le vagin ou à l'entrée de la matrice peut certainement rendre le travail et long et penible, surtout si l'on a négligé de se confier quelque tems avant terme à un habile chirurgien pour remédier à ce defect.

Les brides calleuses, les duretés à l'orifice de la matrice ou dans le vagin survenues pour avoir été maltraité dans quelque accouchement laborieux, ou après des ulceres gueris par les grands remedes, sont du ressort de l'art qui fait remédier à ces desordres, mais quelque secours qu'on y porte elles ne manquent pas de rendre le travail de l'enfantement long et penible, nous en trouvons plusieurs exemples dans les auteurs.

La cause la plus fréquente d'un accouchement laborieux provenant des parties molles, est selon moi la rigidité de l'orifice de la matrice, je veux dire son trop grand ressort qui contrebalance les contractions du fond et des parois de la matrice, cela arrive ordinairement dans le premier accouchement. Dapsir

obj. I. l'espace de cinq ans j'ai été appelée à deux filles, dont l'une étoit en mal d'enfant depuis cinq jours et l'autre depuis trois, je trouvai dans toutes les deux que l'enfant se présentoit bien, mais que l'orifice dilaté depuis les jours surdits de la grandeur d'une pierre de douze sols, étoit si rigide qu'à peine je pouvois passer un doigt entre le contours de l'orifice et les membranes contre lesquelles le vertex de l'enfant étoit appuyé et que je n'aurois pu dilater le dit orifice sans risquer de le déchirer. J'avancai l'accouchement, qui se fit le lendemain, dans la première par une saignée au bras, un lavement et des serviettes trempées dans une decoction emolliente chaude. et la seconde je fis appliquer sur la partie un sachet rempli de fleurs de foin et trempé dans l'eau chaude, elle accoucha après la seconde application.

obj. II.

La III Classe

Renferme un nombre bien plus grand d'accouchemens laborieux provenant toutefois d'une même cause, c'est à dire de l'insertion du placenta dans un autre ^{de la matrice} endroit que dans son fond.

C'est avec raison que M. Levret demande dans ses observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux pag. 116. 111 édit. Si la situation laterale du placenta dans la matrice ne pourroit pas être une cause commune des accouchemens laborieux? et si la situation oblique de la matrice ne dependroit pas de la dite attache? je suis de son sentiment, deux observations que j'ai faites à ce sujet depuis peu, m'y confirment et repandront un nouveau jour sur tout ce que ce savant accoucheur en a exposé.

Je tâcherai de démontrer combien cette attache variée peut occasionner des accouchemens plus ou moins longs et laborieux.

Pour procéder avec ordre dans la discussion de mon sujet, je poserai d'abord pour principe qu'il n'y pas de point dans le pourtour intérieur de la matrice où le placenta ne puisse se greffer, c'est une vérité prouvée par l'expérience



6.
faite, même par ceux qui n'y ont fait aucune attention à ce phénomène (a) et par un auteur (b) qui avoit établi la théorie et qui soutenoit que le placenta ne pouvoit jamais s'implanter ailleurs qu'au fond de l'utérus, d'où il a déduit beaucoup de fausses conséquences pour la pratique.

Quant aux causes déterminantes de cette implantation variée, si préjudiciable à l'humanité, nous ne sommes pas encore assez heureux de les avoir trouvées et je ne sache aucun auteur qui ait entrepris à vouloir les approfondir, si jamais nous pourrions les découvrir, peut être trouverions nous les moyens de déterminer la nature à fixer cette attache dans son lieu naturel, savoir, au fond de l'utérus.

J'appelle ce lieu naturel, parcequ'il paroît être formé par la nature pour cette attache, en ce qu'il est plus épais et garni d'une grande quantité de mammelons pour l'Intus-susception des vaisseaux du placenta, enfin il est pourvu d'un muscle constricteur et arrangé d'une manière à recevoir facilement l'attache du placenta et à le détacher de même lorsqu'après la naissance de l'enfant il devient inutile et que la matrice se contracte.

Cette contraction se fait bien dans tout le corps de la matrice, mais elle ne se fait pas d'une manière égale. Le fond de l'utérus dans lequel le muscle constricteur se distribue se contracte par son moyen en tout sens et détache ainsi le corps étranger qui y a adhérence, tandis que dans le reste du vuide de l'utérus l'endroit où le placenta est attaché résiste à la contraction, de manière que les environs qui se contractent font, pour ainsi dire, un repli sur le placenta et forment cette poche, chaton, ou kiste que j'ai souvent remarqué dans ma pratique ainsi que plusieurs auteurs ont fait avant moi. De cette remarque on peut déduire la conséquence, que lorsque le placenta ne se détache pas spontanément, il est à présumer qu'il n'est pas placé positivement au fond de l'utérus.

J'aurai occasion dans la suite de ce mémoire de confirmer ce fait par des observations, maintenant je me propose d'établir des différences entre les attaches du placenta et de démontrer combien ces différences changent la situation de la matrice et qu'elles influent ou plutôt occasionnent des accouchemens plus ou moins laborieux.

(a) La Motte, Mariceau, Dionis &c. (b) Deventer

Je distingue l'attache du placenta au fond, au corps et au col de la matrice y comprenant son orifice.

Le placenta peut s'être greffé au fond de la matrice mais d'une manière que son centre ne répond pas à celui de l'utérus, cette insertion peut se faire antérieurement, postérieurement, latéralement et même entre ces quatre points cardinaux.

Plus le centre du placenta est éloigné de celui du fond de la matrice, plus la deviation de cet organe sera remarquable et plus l'os Tince sera tourné dans un sens diametralement opposé. Cette attache ne peut cependant rendre l'accouchement fort laborieux, parceque les contractions se font de haut en bas et sont par conséquent expulsives, mais elle le retarde en ceque les contractions n'operent pas une distension egale de l'os Tince.

L'attache laterale du placenta posent des obstacles bien plus grands à l'accouchement, parceque les contractions uterines agissent lateralement sur l'enfant et n'operent point une contraction suffisante et egale capable d'expulser l'enfant sa tête reste appuyée ou au bord des Ileos ou à une des tuberosités des Ischions.

La matrice s'inclinant du côté que le placenta s'est greffé, il est consequent que la situation de l'enfant doit répondre à cette obliquité de la matrice et que la tête de l'enfant doit se porter au côté opposé de l'insertion du placenta; de la s'ensuit une dilatation inegale de l'os Tince, qui restera dur et sera même un peu tort du côté ou panche la matrice, la tête de l'enfant sera appuyée aux parties du bassin qui répondront à la direction dans laquelle il est poussé, les douleurs de vives et suivies qu'elles étoient deviendront lentes et entre coupées, les efforts de la matrice y feront naître une disposition inflammatoire, la tête appuyée aux parties dures, le cerveau sera comprimé une echymose avec gonflement se fera sentir à l'endroit où le crane est libre, et la mere et l'enfant periront dans cet état, si l'art ne vient à leur secours et remédie par une main habile, aux desordres, auxquels la nature n'a pu obvier.

C'est une verité constante et reconnue par des auteurs recommandables (a) que plus le placenta est proche du fond de la matrice moins le Foetus est situé obliquement (comme je l'ai déjà dit plus haut), et plus aussi l'accouchement se fait avec facilité: mais plus le placenta est éloigné du fond, plus la situation de l'enfant est oblique et plus l'accouchement devient

(a) Friedius, Noehmer &c.



difficile et souvent funeste tant pour l'enfant que pour la mere.

J'ai eu occasion de faire en cette année deux observations qui viennent à l'appui de cette verité.

obs. III

La femme d'un riche fermier âgée d'environ trente cinq ans et grosse de son premier enfant sentit le 10 Mars 1771. les premières douleurs pour l'enfantement, les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent petit à petit. La sage-femme et le médecin physicien de la ville d'Altshausen, qui étoit le médecin ordinaire de la femme, la forcèrent inutilement au travail jusqu'au 14 du soir que la tante du mari m'envoya chercher. Je sondai la situation de l'enfant qui presentoit à l'entrée supérieure du bassin à gauche l'occiput mais latéralement, l'orifice de la matrice dilaté obliquement, suivant le grand diamètre du bassin, étoit aminci et coëffoit pour ainsi dire cette partie de la tête; du côté droit l'orifice étoit dur, et formoit un bourrelet en spirale, l'attache du placenta étoit entre la région hypogastrique et la lombaire droite. Je déclarai au mari et à la parenté qu'on ne pourroit sauver la mere et l'enfant que par un accouchement forcé, en attendant qu'on se déterminât; j'ordonnai ce qui convenoit à l'état de la femme.

La matrone voulant me dérober l'honneur de cet accouchement envoya en secret avvertir le médecin-physicien, avec lequel elle étoit liée par des vues d'intérêts, celui-ci courut vite insinuer et persuader le beau pere du mari d'envoyer chercher un jeune médecin à Mülhausen. On ne fit plus attention à ma proposition, et on laissa la femme encore 21 heures dans sa triste situation. Ce jeune prétendu accoucheur nouvellement gradué en l'université de Strasbourg d'où il avoit apporté le Forceps de M. Levret, proposa de faire l'extraction de l'enfant avec cet instrument. On y consentit aveuglement et on me pria d'y assister. Pendant l'introduction des branches un sang vermeil couloit en abondance, ayant embrassé et tiré la tête hors de la vulve, il dégagaa les épaules. Et juger par les circonstances, l'enfant expira pendant ces manoeuvres, le placenta ne suivant pas spontanément, il tira par le cordon et le rompit, il porta ensuite une main dans la matrice et ne pouvant trouver le placenta, je portai ma main extérieurement à l'endroit de son insertion et je le lui mis pour ainsi dire dans la main. La femme mourut le neuvième jour.

On voit par le détail de cette observation que le placenta 9.
latéral, l'obliquité de la matrice et la situation oblique de l'enfant
étoient la cause immédiate de cet accouchement laborieux.
J'ai remarqué en cette occasion et en d'autres pareilles une
circonstance, à laquelle de mon savoir, nul accoucheur n'a
encore fait attention, c'est que dans l'attache latérale du pla-
centa l'enfant a toujours le ventre et la face tournés du côté
de cette insertion. Cela est si vrai, que si le placenta s'est greffé
dans un point entre l'un des côtés et la partie antérieure de
la matrice, l'enfant suivra exactement cette direction; dans
l'obs. susdite le placenta s'étoit greffé entre le côté droit et
la partie antérieure de la matrice, aussi la tête se présentait-
elle en biais dans l'entrée supérieure du bassin le visage
tourne vers la symphyse des pubis, l'occiput dans l'extrémité
postérieure de l'échancrure de l'Ileon et avancé jusqu'au bord
environ du trou oval du côté gauche, preuve de cette situation
c'est que l'opérateur ayant franchi le passage avec le forceps
chargé de la tête de l'enfant, il ne put jamais le tirer d'avan-
tage, il fut contraint de défaire les branches et d'aller dégager
les épaules, dont l'une étoit appuyée sur l'os sacrum et
l'autre vers la jonction du pubis et de l'Ileum. Je fis
remarquer à cet accoucheur après l'extraction du placenta
qui étoit fort grand et oval que le cordon arraché avoit été
implanté à environ deux travers de doigt du bord du pla-
centa suivant son grand diamètre; ce qui est une preuve
que dès le commencement de son insertion il s'étoit attaché
proche le col de la matrice et que dans le progrès de la grossesse
il s'étoit épanoui à proportion que la matrice s'étoit étendue,
ce qui justifie le mécanisme naturel et incontestable démontré
sur ce sujet par M. Levret. Suite des causes &c. pag. 114 et suiv.

L'écoulement d'un sang vermeil pendant l'opération
m'a fait faire des réflexions sur l'objection qu'un grand
accoucheur a faite à M. Levret, ibid. pag. 200. que tous les
moyens pour décoller la tête d'un enfant étoient sujets
à occasionner des déchirements aux parties de la mère, parce-
qu'ils font faire en un moment ce que la nature n'auroit
exécuté qu'en beaucoup plus de tems; et que par conséquent
les parties n'ayant pas eu un tems suffisant pour préter
et se dilater peu à peu, il arrive qu'elles se déchirent et
que c'étoit là le plus grand défaut qu'il reconnût au forceps.
Que ce soit le forceps droit ou courbe dont il parle
ils ont l'un et l'autre cet inconvénient lorsqu'ils ne sont
pas employés avec discernement et précaution. C'est



pourquoi M. Levret dit aussi dans un autre endroit que l'usage du forceps n'est indiqué que lorsque l'orifice de la matrice est entièrement effacé, circonstance qui ne se trouvoit pas dans le sujet de l'observation, ainsi en introduisant les branches il a déchiré l'os Tincee; d'ailleurs ce ne fût pas ici le cas d'avoir recours au forceps, vu que la tête de l'enfant n'étoit pas encore enclavée dans le passage et qu'on auroit pu la repousser et retourner l'enfant, l'orifice pressé contre les os du bassin se seroit effacé et confondu avec le corps de la matrice et en tirant l'enfant par les pieds on auroit fait une dilatation graduée et on auroit évité le déchirement des parties de la mere, suivant le plan que j'avois proposé pour cet accouchement, mais on ne voulut pas me croire, aussi la mere et l'enfant furent la victime de l'aveuglement et de l'obstination de la parenté.

Un phénomène singulier, et capable d'intriguer les physiciens, qui survint en cette femme vers le cinquième jour de son accouchement c'est qu'elle perdit un oeil, c'est à dire que sans une inflammation et gonflement sensible l'oeil s'écroula et s'affaissa au point qu'on ne put plus rien y distinguer.

En partant de cette observ. et d'autres qui ont été faites par des praticiens éclairés et dignes de foi, l'attache latérale du placenta est suffisamment prouvée et démontrée, mais je me propose de démontrer que cette même attache latérale est la cause de la plupart des mauvaises situations dans lesquelles se présentent les enfans.

J'ai déjà dit plus haut que le ventre et la face de l'enfant étoient constamment tournés du côté que le placenta s'étoit greffé, c'est à dire lorsque cette insertion se trouve dans une des parois de la matrice, j'ai démontré par l'ob. précédente la situation qui en doit résulter pour l'enfant lorsque cette attache a lieu dans une des côtes ou entre ces côtes et la partie antérieure de l'utérus, si donc l'attache se trouve positivement à cette dernière, l'os Tincee doit se porter vers les os pubis et l'enfant doit se présenter le front ou le vertex appuyé sur ces os.

Je regarde comme l'attache la plus avantageuse du placenta aux parois de la matrice, c'est lorsqu'il a pris

11.
racine à la partie postérieure de la matrice ou entre celle
et un des côtés, car dans le premier cas l'enfant présente la
face positivement en dessous et dans les deux autres cas un peu
en biais la face tournée vers l'os sacrum, ainsi la tête se présente
avantageusement à l'entrée supérieure du bassin, mais ce n'est
pas cette situation seule qui facilite l'accouchement, c'est que
dans les contractions utérines l'enfant est pressé vers la colonne
vertébrale à laquelle la matrice trouve un appui, ce qui rend
les douleurs beaucoup plus efficaces à opérer l'expulsion de
l'enfant que dans les autres cas de l'obliquité de la matrice
et de la situation oblique de l'enfant.

Toutes ces situations de l'enfant provenant de l'attache
du placenta aux parois de la matrice sont fondées sur une
loi mécanique et naturelle. L'endroit où le placenta
s'est greffé aux parois est par son referrement le plus dur,
et le plus saillant par le volume du placenta, or cette
saillie s'accommoder merveilleusement à la concavité qui
se trouve à la face antérieure de l'enfant, d'autant plus
que nageant dans un fluide, le cordon ombilical forcé de
sang et roide, pour ainsi dire, faisant la communication
entre le placenta et l'enfant, contourne sa face antérieure
vers lui, tandis que sa postérieure se trouve à l'aise
dans le grand vuide de l'expansion de la matrice.

Je regarde encore cette même attache du placenta
à la partie antérieure ou postérieure de la matrice
comme la principale cause lorsqu'un enfant se présente
avec le derrière dans le passage, car si l'enfant a ses
jambes allongées et tournées vers le placenta dans
le tems que les membranes viennent à se rompre, les
eaux s'étant écoulées il ne peut plus les replier et il est
poussé ainsi la face en dessus si l'attache est antérieure et
en dessous si elle est postérieure. Je viens d'être convaincu
obs. IV de cette vérité par un accouchement que j'ai fait en
ce mois de décembre, l'enfant venoit double et avoit
la face tournée antérieurement où s'étoit greffé le
placenta.

Ces accouchemens laborieux sont produits par
l'attache du placenta aux parois de la matrice, et il y
en a parmi qui se terminent spontanément. une
preuve de cela c'est qu'au printemps de l'année dernière
obs. V. je fus appelé pour délivrer la femme d'un tondrier
qui étoit accouchée fort heureusement d'un enfant

vivant dont je trouvais le placenta attaché entre le côté droit et la partie antérieure de la matrice qui formoit en cet endroit une cellule, qui tenoit le placenta en ferme; mais si cette attache interesse le col de la matrice approchant son orifice, ils deviennent beaucoup plus laborieux, parcequ'alors le placenta occupe une partie du passage, rend le bassin plus étroit et empêche même la tête de l'enfant de s'y introduire: en voici un exemple.

Obs. VI. Le 22 Janv. 1771. Je fus appelé après neuf heures du soir par le nomme Ignace Wetzel, fils vitrier en la ville d'Altnirch pour secourir sa femme en mal d'enfant depuis cinq heures du matin, c'étoit le quatrième. Y étant arrivé j'appris de la nommée Nanse Sage-femme, qu'à sept heures du matin elle avoit trouvé les eaux formées en poire, que dans des douleurs suivies les membranes se rompirent, que les eaux scoulerent petit à petit teintes de jaune et verd et d'une odeur puante; qu'elle avoit encouragé la femme de profiter de ses douleurs et de pousser en bas, que rien n'étant avancé jusqu'à sept heures du soir, elle y avoit touché qu'ayant trouvé un bras dans le passage, elle l'avoit envoyé sous condition et qu'elle avoit poussé le mari à me chercher.

Je trouvais la femme, âgée d'environ trente ans d'une complexion ordinaire. ni grasse, ni maigre, couchée en travers du lit. Malgré les efforts qu'elle avoit faits pour accoucher, son visage n'étoit point rouge, ni la peau brulante, le pouls étoit plein et élevé, mais sans fièvre. Je tâtai le bras droit de l'enfant qui étoit caché dans le passage, je n'y sentis aucun battement d'artère ni au cordon ombilical qui posoit sur l'épaule. Je portai ma main plus avant pour reconnoître la situation de l'enfant, la voici:

Il avoit le parietal gauche et une partie de l'os frontal appuyé sur l'os pubis vers la jonction avec l'ileon, le menton touchoit la poitrine faisant une courbure considérable avec le col et l'épine du dos, au parietal opposé je distinguai une tumeur oblongue formée par les tegumens du crâne, dont les os se

debordeient par la pression dans laquelle se trouvoit la tête. Au côté droit de la mère je trouvais le bassin supérieur et la moitié de l'inférieur remplis par le placenta, si bien même que je ne pus jamais toucher et sentir que la moitié de la base de l'os sacrum du côté gauche. Je pressentis cette implantation latérale du placenta au premier abord en voyant le ventre beaucoup plus élevé du côté droit que du côté gauche, y formant une tumeur circonscrite, grande comme une assiette de fayance, dans laquelle on auroit présumé être un second enfant, vu la dureté dont elle étoit.

Je chercheai à repousser le bras au dessus de l'entrée du bassin et d'y faire entrer la tête que je degageai par le moyen de mes doigts; j'ordonnai à la femme de profiter de quelques petites douleurs qu'elle sentoit encore par intervalle, elle le fit, mais sans succès. Je portai ma main droite à la nuque de l'enfant et en pressant le crane je chercheai à en diminuer le volume, la femme pouffoit en même tems, mais rien n'avançoit. Je fourrai ensuite les doigts index et médium de la main gauche dans la bouche de l'enfant, dont la face étoit tournée vers l'os sacrum et je chercheai par de petits mouvements en tout sens à faire passer la tête dans le détroit du bassin; je ne gagnai par ce manœuvre que de tourner le visage vers la sortie du bassin et le vertex resta appuyé contre les pubis.

Je fis reposer la femme et lui donner un bouillon. ayant repris des forces je passai selon les préceptes de l'art les branches du forceps de CH. Smellie à côté de la tête de l'enfant, mais vu la situation et le mécanisme du forceps il lacha prise, j'aurois désiré avoir en ce moment celui de CH. Levret. J'essayai plusieurs fois avec une branche à conduire la tête dans le passage, mais je n'y réussis pas mieux. et après avoir fait reposer la femme et m'étant reposé moi même, je pris la résolution de chercher les pieds et de retourner l'enfant, je m'y pris de la manière suivante.

Ayant fait couvrir les parties avec une serviette trempée dans de l'eau chaude l'espace de tems que je me reposais, je fis coucher la femme le dos plus bas que les reins et la soulever moyennant un essuyemain que j'avois passer sous les hanches; je passai ma main gauche le long du bras, de l'épaule et des côtes de l'enfant, ne pouvant



malgré de grands efforts atteindre les hanches, je passai mes doigts sous les fausses côtes et je tirai le corps, par ce manud je gagnai à atteindre la fesse droite et successivement la cuisse, je tirai cette extrémité et j'amenaï avec beaucoup de peine le pied dans le vagin où je l'arretai avec une jarretière. J'allai chercher l'autre pied que je ne pus trouver et saisir que je n'eusse repoussé l'extrémité que j'avois en ma puissance, les ayant enfin joint je les tirai, mais je ne pus faire sortir les hanches, sans les accrocher avec mes doigts. Et ayant tiré l'enfant jusqu'aux épaules, je ne pus les faire sortir, je cherchoai le bras qui s'étoit présenté dans le passage et je le tirai, l'autre bras et la tête ne voulurent pas suivre, je repoussai le corps de l'enfant et je cherchoai le bras gauche, que je tirai non pas sans peine. Pour le coup je croyois avoir tout gagné, mais non, je rencontrai le point le plus difficile et le plus périlleux de cet accouchement, malgré les efforts que je fis conjointement avec la sage-femme et le mari de la femme nous ne pumes tirer la tête. Vu l'extrême tension et l'allongement du cût accompagné de craquement, j'appréhendai que la tête ne s'arrachât et ne restât dans la matrice, pour éviter cet accident, je portai deux doigts de ma main gauche dans la bouche, je tournai le visage obliquement vers l'os sacrum et tirant par le corps avec mes aides je tirai par la mâchoire; je vis le moment qu'elle alloit être arrachée, ce considérant je passai une branche du forceps surdit à côté de la tête, je pressai avec ma main droite l'extrémité fenêtrée sur le vertex et faisant tirer par le corps et tirant en même tems par la mâchoire, je degageai la tête entièrement.

Je fis couper le cordon, emporter l'enfant et couvrir les parties pour prendre haleine, puis je tirai par le cordon pour degager l'arrière-faix, lequel ne voulant pas suivre, je portai ma main dans la matrice. Je trouvai le placenta enkysté aux environs du creux de l'os des Isles du côté droit, ce kyste s'étendoit jusqu'au bas du bassin et offroit une ouverture de la grandeur d'un ecu de six livres, j'y fis entrer successivement mes doigts, puis la main et je cherchoai un endroit où il pourroit être decollé, je le trouvai à la partie supérieure

15.
je le detachai et le tirai. Et ayant laissé ma main dans la matrice je sentis l'ouverture de cette cellule uterine s'élargir, son bord s'aplanir, et enfin s'évanouir. La matrice étoit en cet endroit beaucoup plus épaisse que dans le reste de son étendue, la tumeur au dehors disparut avant que je quittasse l'accouchée. Le placenta étoit en forme de raquette, le cordon tenoit à l'extrémité la moins large. L'enfant avoit un bourrelet livide sur le parietal droit depuis l'os frontal jusqu'à l'occipital. Le cordon étoit presque de la grosseur du bras de l'enfant, tant il étoit farci de sang veineux, en le faisant couper par la sage-femme, il en tomba près de 3 liv.

Je vis cette femme quelques jours après, je remarquai une dureté de la grandeur de trois pouces de long sur deux de large dans la région iliaque droite, non pas dans les teguments, mais dans le corps de la matrice, qui étoit certainement l'endroit où le placenta s'étoit greffé. Elle se leva au bout de neuf jours et se porte bien depuis.

Je me suis étendu expressément dans l'histoire de cette observ. afin de faire connoître en combien les accouchemens sont plus laborieux à proportion que le placenta se trouve greffé plus près de l'orifice de la matrice.

Cette attache est encore la cause la plus commune de ce que les enfans se présentent souvent avec un bras au passage. Tous les accoucheurs ont vu ces cas, mais de mon savoir il n'y a pas un seul qui en ait reconnu la cause. La voici: le petit bassin étant rempli presque à moitié par le volume du placenta, or l'enfant au terme de l'accouchement se présente avec le vertex à l'entrée supérieure du bassin, laquelle étant rendue trop étroite ne peut recevoir la tête, les eaux venant à se rompre, la tête se glisse par dessus l'entrée, se couche dans la cavité de l'Os iléon au côté opposé et le bras tombe dans le passage, si la matrice se contracte subitement c'est l'épaule qui se présente devant le passage. C'est encore dans ces cas la variété de l'attache du placenta, qui détermine la variété de la situation de l'enfant, lorsqu'il se présente avec le bras gauche ou droit, le dos de la main en dessus ou en dessous.

Les auteurs nous recommandent que dans ces accouchemens laborieux nous allions chercher les pieds



de l'enfant, et ils disent que pour cet effet on ne sauroit établir des préceptes constans, mais ils auroient au moins pu nous détailler le manuel qui leur a réussi en différente situation de l'enfant. Il est certain que dans cette occasion je n'aurois jamais atteint les pieds, sans avoir ébranlé le corps en le prenant sous les fausses côtes. Dans une autre occasion ne pouvant trouver les pieds, l'enfant étant mort j'ai fourré un doigt dans l'anus et en donnant des petites secousses au corps j'ai approché les pieds de l'entrée du petit bassin. Un manuel general et qui m'a toujours réussi lorsqu'un enfant se présente au passage avec le bras c'est de fourrer ma main sous l'aisselle du même côté et de pousser l'épaule au grand bassin, si l'enfant étoit mort et le bras fort gonflé et sphacelé, j'ai tordu le bras un tour et je l'ai coupé dans l'articulation d'une manière que l'angle antérieur de l'omoplate fut couvert par les chairs. En suivant le manuel de pousser ainsi l'épaule dans le grand bassin, il m'est déjà arrivé que l'enfant s'est tourné et tombé avec les pieds dans le passage, mais cela prouve une grande inertie, atonie ou état gangreneux de la matrice, ce qui n'est gueres de bonne augure. Comme il n'est pas de mon humeur de faire le mystérieux de la science que la pratique m'a fourni, je crois n'en pouvoir faire un meilleur usage que de la communiquer ^{à une respectable académie} pour le progrès de l'art et le bien du public.

Des exemples fréquents demontrent que le placenta peut se greffer fortuitement sur l'orifice intérieur de la matrice, cette insertion ne porte aucun préjudice au progrès de la grossesse, mais elle occasionne toujours une perte considérable au terme de l'accouchement par la dilatation de l'orifice de la matrice. Le savant M. Puroz, a exposé les signes caractéristiques qui font distinguer cette hémorrhagie d'avec celle qui provient du décollement du placenta dans l'intérieur de l'utérus (a) Ce cas est arrivé à Altnirch, il y a trois ans, sans que la sage-femme, ni le chirurgien qui fut appelé l'agent reconnu la femme a péri par la perte de son sang, et sa parenté a empêché qu'elle ne fût ouverte, crainte qu'on ne trouvât l'enfant encore vivant.

Les raisonnemens sur l'attache variée du placenta seroient inutiles ou aboutiroient à peu de chose, si je n'en tirois quelques axiomes et que je n'en déduise quelques conséquences physiques et pratiques fondées sur des observations, c'est ce que je ferai dans une autre mémoire qui suivra celui-ci. Piétrich

(a) voy. son mémoire sur ce sujet vol. 1. des mem. de l'acad. royale de Chirurgie.